

受験番号

*

(*は記入しないでください)

指定校推薦入学推薦書

(西暦) 年 月 日

学校法人 大谷学園
横浜高等教育専門学校長 殿

次の者は、貴校の指定校推薦入学試験の受験資格を有しています
ので、ここに推薦理由を添えて推薦いたします。

フリガナ

氏 名 _____

(西暦) 年 月 日生

(西暦) 年 月 科 卒業見込

(推薦理由)

所在地

高等学校名

校長名

印

キ
リ
ト
リ
線